



CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

FORMULARIO PARA ADHESION EUROSALUD

CONDICIÓN DE PAGO: 30 DÍAS HÁBILES DE PRESENTADA LA FACTURACIÓN EN LA OBRA SOCIAL - BONIFICACIÓN CAPITAL FEDERAL: 21% - GRAN BUENOS AIRES: 16% - RECUPERO DE GASTO POR GESTIÓN ADMINISTRATIVA: 1,5% DEL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

DENOMINACION DE LA FARMACIA.....SOCIO N°.....

DOMICILIO.....CP.....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....

TELEFONO/FAX.....

CUIT N°.....CONDICION I.V.A.....

CODIGO DE PAMI.....DROGUERIA ASIGNADA.....

HORARIO DE ATENCIÓN
Lunes a Viernes Sabados Domingos

APELLIDO y NOMBRE DEL PROPIETARIO.....

APELLIDO y NOMBRE DE L / LA FARMACEUTICO/A.....

Recibí conforme toda la documentación necesaria para las dispensaciones, y presto mi conformidad a las condiciones de contratación. Además, DEJO EXPRESA CONSTANCIA que en caso de de resolver la suspensión de la atención farmacéutica a la cual he adherido mediante la presente, CORRESPONDERA lo informe a la CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS con 30 días de anticipación.

Lugar y fecha.....

Sello de la farmacia

firma y aclaración del responsable

AVENIDA RIVADAVIA 1615 – PRIMER PISO – 1033 – CAPITAL FEDERAL
T.E. FAX: 4374-3934/4220 – Página Web: www.caf.com.ar - E-Mail: secrecd@caf.com.ar